

## 典型教学案例视频文件内容

为凸显中医特色，我中心拟将《推拿手法学》、《针灸学》、《中医骨伤科学》三个专业课程中，各取一个典型实训教学项目，制作成视频文件，具体内容如下。

### 一 《推拿手法学》教学案例

#### 成人推拿运动关节类手法

请针骨学院推拿教研室的闻庆汉教授做手法示教，请普通话标准的老师做配音讲解。示教场地可以设置在院专家门诊部二楼诊室或实训中心上课教室，学生做模拟病人。

##### （一）摇法

1 定义：使关节做被动的/环转运动，称摇法。包括颈项部、腰部和全身四肢关节摇法。

##### 2 操作：

###### （1）颈项部摇法：

受术者坐位，颈项部放松。术者立于其背后或侧后方。以一手扶按其头顶后部，另一手托扶于下颌部，两手臂协调运动，反方向施力，使头颈部按顺时针或逆时针方向进行环形摇转，可反复摇转数次。

（2）肩关节摇法：肩关节摇法种类较多，可分为托肘摇肩法、握手摇肩法、大幅度摇肩法等。

###### a 托肘摇肩法：

受术者坐位，肩部放松，被施术侧肘关节屈曲。术者站于其侧，两腿呈弓步式，身体上半部略为前俯。以一手扶按住肩关节上部，另一手托于其肘部，使其前臂放在术者前臂上。然后手臂部协同用力，做肩关节顺时针或逆时针方向的中等幅度的环转摇动。

###### b 握手摇肩法：

受术者坐位，两肩部放松。术者立于其侧，以一手扶按被施术侧肩部，另一手握住其手部，稍用力将其手臂牵伸，待拉直后手臂部协同施力，做肩关节顺时针或逆时针方向的小幅度的环转摇动。

###### c 大幅度摇肩法：

受术者坐位，两上肢自然下垂并放松。术者立于其前外侧，两足呈丁字步。两掌相合，挟持住被施术侧上肢的腕部，牵伸并抬高其上肢至其前外方约  $45^{\circ}$  时，将其上肢慢慢向其前外上方托起。在此过程中，位于下方的一手应逐渐翻掌，当上举至  $160^{\circ}$  时，即可虎口向下握住其腕部。另一手随其上举之势由腕部沿前臂、上臂图滑移至肩关节上部。略停之后，

两手协调用力，即按于肩部的一手将肩关节略向下按并固定之，握腕一手则略上提，使肩关节伸展。随即握腕一手握腕摇向后下方，经下方复于原位，此时扶按肩部一手已随势沿其上臂、前臂滑落于腕部，呈动作初始时两掌挟持腕部状态。此为肩关节大幅度摇转一周，可反复摇转数次。在大幅度摇转肩关节时，要配合脚步的移动，以调节身体重心。

### (3) 肘关节摇法：

受术者坐位，屈肘约 45° 左右。术者以一手托握住其肘后部，另一手握住其腕部，使肘关节做顺时针或逆时针方向环转摇动。

### (4) 腕关节摇法：

受术者坐位，掌心朝下。术者双手合握其手掌部，以两拇指扶按于腕背侧，余指端扣于大小鱼际部，两手臂协调用力，在稍牵引情况下做顺时针和逆时针方向的摇转运动。其次，受术者食指、中指、无名指和小指并拢，掌心朝下。术者以一手握其腕上部，另一手握其并拢的四指部，在稍用力牵引的情况下做腕关节的顺时针和逆时针方向的摇转运动。另外，受术者五指捏拢，腕关节屈曲。术者以一手握其腕上部，另一手握其捏拢到一起的五指部，做腕关节的顺时针或逆时针方向的摇转运动。

### (5) 掌指关节摇法：

以一手握住受术者一侧掌部，另一手以拇指和其余四指握捏住五指中的一指，在稍用力牵伸的情况下做该掌指关节的顺时针或逆时针方向的摇转运动。

### (6) 腰部摇法：包括仰卧位摇腰法、俯卧位摇腰法、站立位摇腰法和滚床摇腰法。

#### a 仰卧位摇腰法：

受术者仰卧位，两下肢并拢，屈髋屈膝。术者双手分按其两膝部或一手按膝，另一手按于足踝部，协调用力，做顺时针或逆时针方向的摇转运动。

#### b 俯卧位摇腰法：

受术者俯卧位，两下肢伸直。术者一手按压其腰部，另一手臂托抱住双下肢，做顺时针或逆时针方向的摇转。摇转其双下肢时，按压腰部的一手可根据具体情况施加压力，以决定腰部被带动摇转的幅度。

#### c 站立位摇腰法：

受术者站立位，双手扶墙。术者半蹲于侧，以一手扶按于其腰部，另一手扶按于脐部，两手臂协调施力，使其腰部做顺时针或逆时针方向的摇转运动。

#### d 滚床摇腰法：

受术者坐于诊察床上，术者立于其后方，助手扶按双膝以固定。以双手臂环抱胸部并两

手锁定，按顺时针或逆时针方向缓慢摇转。

(7) 髋关节摇法：

受术者仰卧位，一侧屈髋屈膝。术者一手扶按其膝部，另一手握其足踝部或足跟部，将其髋、膝屈曲的角度均调整到 90° 左右，然后两手协调用力，使髋关节做顺时针或逆时针方向的摇转运动。

(8) 膝关节摇法：

受术者仰卧位，一侧下肢伸直放松，另一侧下肢屈髋屈膝。以一手托扶其屈曲侧下肢的胭窝部，另一手握其足踝部或足跟部，按顺时针或逆时针方向环转摇动。

(9) 踝关节摇法：

受术者仰卧位，下肢自然伸直。术者坐于其足端，用一手托握起足跟以固定，另一手握住足趾部，在稍用力拔伸的情况下做顺时针或逆时针方向的环转摇动。其次，受术者俯卧位，一侧下肢屈膝。术者以一手扶按于足跟部，另一手握住其足趾部，做顺时针或逆时针方向的环转摇动。本法较仰卧位时的踝关节摇法容易操作，且摇转幅度较大。

(二) 背法

1 定义：受术者背起以牵引腰脊柱。

2 操作：

操作者与患者背靠背站立，臀部顶住患者腰部，操作者手臂与患者手臂相扣，操作者慢慢弯腰，让患者脚离开地面，然后上下抖动，以使其腰部放松。当其腰部完全处于放松状态时，做一突发性的、快速的伸膝屈髋挺臀动作，以使其脊柱间稍有间歇进行调整，可辅以臀部的轻度颤抖动作。

(三) 扳法

1 定义：使关节做被动的扳动，称为扳法。扳法应用于关节，多以“巧力寸劲”使关节产生伸展、屈曲或旋转等运动形式，且多数情况下为短暂的、快速的运动。扳法为推拿常用手法之一，也是正骨推拿流派的主要手法，如应用得当，效果立验。包括全身各关节部扳法。

2 操作：

(1) 颈部扳法：包括颈部斜扳法、颈椎旋转定位扳法、环枢关节旋转扳法和颈椎侧颈部斜扳法。

a 颈部斜扳法：

受术者坐位：颈项部放松，头略前倾或中立位。术者站于其侧后方，以一手扶按头顶后部，另一手扶托其下颈部。两手协同动作，使其头部侧方旋转，当旋转至有阻力时，略停顿

片刻，随即用“巧力寸劲”，做一突发性的有控制的快速扳动，常可听到“喀”的弹响声，之后可按同法向另一侧方向扳动。颈部斜板法亦可在仰卧位情况下施用。患者仰卧位，全身放松。术者坐于其头端。以一手扶托于下颈部，另一手置于枕后部。两手协调施力，先缓慢地将颈椎向上牵引，在牵引的基础上将颈向一侧旋转，当遇到阻力时略停片刻，然后以“巧力寸劲”做一突然的、稍增大幅度的快速扳动，常可听到“喀”的弹响声。

#### b 颈椎旋转定位扳法：

患者坐位，颈项部放松。术者站于其侧后方。以一手拇指顶按住病变颈椎棘突旁，另一手托住对侧下颈部，令患者低头，屈颈至拇指下感到棘突活动、关节间隙张开时，即保持这一前屈幅度，再使其向患侧屈至最大限度；然后将其头部梗慢旋转，当旋转到有阻力时略为停顿一下，随即用“巧力寸劲”做一个有控制的增大幅度的快速扳动。此时常可听到“喀”的弹响声，同时拇指下亦有棘突弹跳感。

#### c 环枢关节旋转扳法：

患者坐于低凳上，颈微屈。术者站于其侧后方。以一手拇指顶按住第二颈椎棘突，另一手以肘弯部托住其下颈部。肘臂部协调用力，缓慢地将颈椎向上拔伸。在拔伸的基础上同时使颈椎向患侧旋转，当旋转到有阻力的位置时，随即用“巧力寸劲”，做一突然的、稍大幅度的快速扳动，而顶住棘突的拇指亦同时施力进行拨动。此时常可听到关节弹响声，拇指下亦有棘突跳动感，表明手法复位成功。

### (2) 胸背部扳法：

包括扩胸牵引扳法、胸椎对抗复位扳法、扳肩式胸椎扳法和仰卧压肘胸椎整复法。其中扩胸牵引扳法和胸椎对抗复位法较常用。

#### a 扩胸牵引扳法：

患者坐位，两手十指交叉扣住并抱于枕后部。术者站于其后方，以一侧膝关节抵住其背部病变处，两手分别握扶住两肘部。先嘱患者做前俯后仰运动，并配合深呼吸。即前俯时呼气，后仰时吸气。如此活动数遍后，待患者身体后仰至最大限度时，术者随即用“巧力寸劲”将其两肘部向后方突然拉动，与此同时膝部向前顶抵，常可听到“喀”的弹响声。

#### b 胸椎对抗复位法：

患者坐位，两手交叉扣住并抱于枕后部。术者站其后方，两手臂自其两腋下伸入，并握住其两前臂下段，一侧膝部顶压住病变胸椎处。然后握住前臂的两手用力下压，而两前臂则用力上抬，将其脊柱向上向后牵引，而顶压住患椎的膝部也同时向前向下用力，与前臂的上抬形成对抗牵引。持续牵引片刻后，两手、两臂与膝部协同用力，以“巧力寸劲”做一突发

性的、有控制的快速扳动，常可听到“喀喀”的弹响声。

**c 扳肩式胸椎扳法：**

患者俯卧位，全身放松。术者站于其健侧，以一手拉住对侧肩前上部，另一手以掌根部着力，按压在病变胸椎的棘突旁。拉肩一手将其肩部拉向后上方，同时按压胸椎一手将其病变处胸椎缓缓推向健侧，当遇到阻力时，略停片刻，随即以“巧力寸劲”，做一快速的、有控制的扳动，常可听到“喀”的弹响声。

**d 仰卧压肘胸椎整复法：**

患者仰卧位，“两肩父竽确晰，两手分别抱住对侧肩部，全身自然放松。术者一手握拳，拳心朝上，将拳垫在其背脊柱的患椎处。另一手按压于其两肘部。嘱患者深呼吸，当呼气时，按肘一手随势下压，待呼气将尽未尽时，以“巧力寸劲”做一快速的、有控制的向下按压，常可闻及“喀喀”的弹响声。

(3) 腰部扳法：包括腰部斜扳法、腰椎旋转复位法和腰部后伸扳法，均为临床常用手法。

**a 腰部斜扳法：**

患者侧卧位。患侧下肢在上，屈髋屈膝；健侧下肢在下，自然伸直。术者以一肘或手抵数次腰部小幅度的扭转住其肩前部，另一肘或手抵于臀部。两肘或两手协调施力，先做活动。即按于肩部的肘或手同按于臀部的另一肘或手同时施用较小的力使肩部向前下方、臀部向后下方按压，压后即松，使腰部形成连续的小幅度扭转而放松。待腰部完全放松后，再使腰部扭转至有明显阻力时，略停片刻，然后施以“巧力寸劲”，做一个突然的、增大幅度的快速扳动，常可听到“喀喀”的弹响声。

**b 腰椎旋转复位法：**

患者坐位，腰部放松，两臂自然下垂。以右侧病变向右侧旋转扳动为例。助手位于患者左前方，用两下肢夹住其左小腿：双手按压于左下肢股上部，以确使其坐位情况下身体下半部姿势的固定。术者位于患者后侧右方，以左手拇指端或罗纹面顶按于腰椎偏歪的棘突侧方，右手臂从其右腋下穿过并以右掌按于颈后项部。右掌缓慢下压，并嘱患者做腰部前屈配合，至术者左拇指下感到棘突活动，棘突间、隙张开时则其腰椎前屈活动停止，保持这一前屈幅度。然后右侧手臂缓慢施力，左拇指顶按住腰椎偏歪的棘突以为支点，使其腰部向右屈至一定幅度后，再使其腰部向右旋转至最大限度。略停片刻后，右掌下压其项部，右肘部上抬，左手拇指则同时用力向对侧顶推偏歪的棘突，两手协调用力，以“巧力寸劲”做一增大幅度的快速扳动。常可听到“喀”的弹响声。

**c 直腰旋转扳法：**

患者坐位，两下肢分开，与肩同宽，腰部放松。以向右侧旋转扳动为例。术者以两下肢夹住患者的左小腿及股部以固定。左手抵住其左肩后部，右臂从其右腋下伸入并以右手抵住肩前部。然后两手协调施力，以左手前推其左肩后部，右手向后拉其右肩，且右臂部同时施以上提之力，如此则使其腰部向右旋转。至有阻力时，以“巧力寸劲”，做一突然的、增大幅度的快速扳动，常可听到“咯”的弹响声。

#### d 腰部后伸扳法：

患者俯卧位，两下肢并拢。术者一手按压于腰部，另一手臂托抱住其两下肢膝关节上方并缓缓上抬，使其腰部后伸。当后伸至最大限度时。两手协调施力，以“巧力寸劲”，做一增大幅度的下按腰部与上抬下肢的相反方向的用力扳动。

腰部后伸扳法，另有以下三种操作方法。一是患者俯卧位，术者骑坐于患者的腰部，两手托抱住其两下肢或单侧下肢。先做数次小幅度的下肢上抬动作以使其腰部放松。待其充分放松后，臀部着力下坐，两手臂用力使其下肢上抬至最大限度，然后以“巧力寸劲”，做一增大幅度的快速扳动。二是患者俯卧位，术者一手按压于其腰部，另一手臂托抱住患侧肢的膝上部。两手协调施力，下压腰部与上抬下肢并举，当下肢被上抬至最大限度时，以“巧力寸劲”，做一增大幅度的快速扳动。三是患者侧卧位，患侧下肢屈膝在上。术者一手抵住其腰骶部，另一手握住其足踝部。两手同时施力，向前抵按腰骶部和缓慢向后牵拉足踝部，至最大限度时，施以“巧力寸劲”，做一增大幅度的快速扳动。

(4)肩关节扳法：包括肩关节前屈扳法、外展扳法、内收扳法、旋内扳法和上举扳法。

#### a 肩关节前屈扳法：

患者坐位，患侧肩关节前屈 30~50° 术者半蹲于患肩前外侧。以两手自前后方向将其患肩锁紧、扣住，患侧上臂置于术者内侧的前臂上。手臂部协调施力，将其患臂缓缓上抬，至肩关节前屈至有阻力时，以“巧力寸劲”，做一增大幅度的快速扳动。在做扳动之前，亦可使其肩关节小幅度的前屈数次或进行小范围的环转摇动数次，以使其肩关节尽量放松。

#### b 肩关节外展扳法：

患者坐位，患侧手臂外展 45° 左右。术者半蹲于其患肩的外侧。将其患侧上臂的肘关节上部置于一侧肩上，以两手从前后方向将患肩扣住、锁紧。然后术者缓缓立起，使其肩关节外展，至有阻力时，略停片刻，然后双手与身体及肩部协同施力。以“巧力寸劲”，做一肩关节外展位增大幅度的快速扳动，如粘连得到分解，可听到“嘶嘶”声或“格格”声。

#### c 肩关节内收扳法：

患者坐位，患侧上肢屈肘置于胸前，手搭扶于对侧肩部。术者立于其身体后侧。以一手扶按

于患侧肩部以固定，另一手托握于其肘部并缓慢向对侧胸前上托，至有阻力时，以“巧力寸劲”做一增大幅度的快速扳动。

**d 肩关节旋内扳法：**

患者坐位，患侧上肢的手与前臂置于腰部后侧。术者立于其患侧的侧后方。以一手扶按其患侧肩部以固定，另一手握住其腕部将患肢小臂沿其腰背部缓缓上抬，以使其肩关节逐渐内旋，至有阻力时，以“巧力寸劲”，做一较快速的、有控制的上抬其小臂动作，以使其肩关节旋转至极限。如有粘连分解时，可听到“嘶嘶”声。

**e 肩关节上举扳法：**

患者坐位，两臂自然下垂。术者立于其身体后方。以一手托握住患肩侧上臂下段，并自前屈位或外展位缓缓向上抬起，至  $120^{\circ} \sim 140^{\circ}$  左右时，以另一手握住其前臂近腕关节处。两手协调施力，向上逐渐拔伸牵引，至有阻力时，以“巧力寸劲”，做一较快速的、有控制的向上拉扳。

**(5) 肘关节扳法：**

患者仰卧位，患侧上臂平放于床面。术者置方凳坐于其侧。以一手托握其肘关节上部，另一手握住前臂远端，先使肘关节做缓慢的屈伸运动。然后视其肘关节功能障碍的具体情况来决定扳法的旋用。如为肘关节屈曲功能受限，则在其屈伸活动后，将肘关节置于屈曲位，缓慢施加压力，使其进一步向功能位靠近。当遇到明显阻力时，以握前臂一手施加一个持续的使肘关节屈曲的压力，达到一定时间后，两手协调用力，以“巧力寸劲”，做一小幅度的、快速的加压扳动。

**(6) 直腿抬高扳法：**

患者仰卧位，双下肢伸直、放松。助手以双手按于其健侧膝关节上下部以固定。术者立于其患侧。将其患侧下肢缓缓抬起，小腿置于术者近患肢侧的肩上，两手扶按其膝关节上下部，以避免扛扳过程中膝关节屈曲。肩部与两手协调用力，将患肢慢慢扛起，使其膝关节在伸直位的状态下屈髋，当遇到阻力时，略停片刻，然后以“巧力寸劲”，做一稍增大幅度的快速扳动。为加强腰部神经根的牵拉幅度，可在其下肢上抬到最大阻力位时，以一手握住足掌前部，突然向下扳拉，使其踝关节尽量背伸。可重复扳拉 3~5 次。对于患侧下肢直腿抬高受限较轻者，可以一手下拉足前掌，使其踝关节持续背伸，另一手扶按膝部以保证患侧下肢伸直，然后进行增大幅度的上抬、扛扳，可重复操作 3~5 次。

## 二 《针灸学》教学案例

### 针刺法操作

请针骨学院刺灸教研室的瞿涛老师做手法示教，请普通话标准的老师做动作讲解。示教场地可以设置在院专家门诊部二楼诊室或实训中心上课教室，学生做模拟病人。

#### （一） 熟练掌握常用的四种进针方法

##### 1 单手进针法：

以右手拇、食指挟持针柄，中指指端靠近穴位，以指腹抵住针尖和针身下端，当拇、食指向下用力时，中指随之弯曲，针尖迅速刺透皮肤。此外，还有两种单手进针法，一是挟持针柄进针法，即以右手拇、食指指腹挟持针柄下段，中指指腹紧紧贴在针身旁，依靠拇、食指指关节的屈伸运动将针刺入穴位；二是挟持针身进针法，以右手拇、食指指腹挟持针身下端，针尖露出少许，进针时针尖对准穴位快速刺入，其后拇、食指沿针身上移挟持针身上段或针柄，将针刺向深层。

##### 2 双手进针法：即左、右手互相配合将针刺入，常用的方法有四种：

###### （1）指切进针法：

一左手拇指或食指或中指的爪甲切按在穴位旁，右手持针，紧靠指甲，将针刺入皮肤，适用于短针的进针。

###### （2）挟持进针法：

以左手拇、食二指挟持消毒干棉球，挟住针身下端，露出针尖，将针尖固定于针刺穴位的皮肤表面，右手持针柄，使针身垂直，在右手指力下压时，左手拇、食二指同时用力，两手协同将针刺入皮肤，适用于长针的进针。

###### （3）提捏进针法：

以左手拇指和食指将针刺部位的皮肤捏起，右手持针从捏起部的上端刺入，适用于皮肉浅薄部位的进针。

###### （4）舒张进针法：

用左手拇、食二指将所刺腧穴部位的皮肤向两侧撑开绷紧，使针从左手拇、食二指的中间刺入，适用于皮肤松弛部位腧穴的进针。

##### 3 管针进针法

即利用不锈钢、玻璃或塑料等材料制成的针管代替押手进针的方法。将平柄毫针装入针管之中，将针尖所在的一端置于穴位之上，左手挟持针管，用右手食指或中指快速叩打针管上端露出的针柄尾端，使针尖刺入穴位，再退出针管，施行各种手法。

(二) 掌握行针的基本手法和辅助手法，掌握常用补泻手法的操作；

1 基本手法：

(1) 提插法

(2) 捻转法

2 辅助手法：

(1) 循法

(2) 刮柄法

(3) 弹柄法

(4) 搓柄法

(5) 摇柄法

(6) 震颤法

(三) 掌握常用补泻手法的操作

1 单式补泻手法

(1) 基本补泻手法

a. 捻转补泻

b. 提插补泻

(2) 其它补泻手法

a. 疾徐补泻

b. 迎随补泻

c. 呼吸补泻

d. 开阖补泻

e. 平补平泻

2 复式补泻手法

(1) 烧山火

(2) 透天凉

### 三 《中医骨伤科学》 教学案例

#### 桡骨远端骨折整复及小夹板固定

请针骨学院章汉平主任做病例诊疗示教，请普通话标准的老师做动作讲解。示教场地可以设置在院专家门诊部二楼诊室或实训中心上课教室，学生做模拟病人。

##### （一）骨折部位

桡骨下端关节面以上 2 厘米~3 厘米处是松质骨与密质骨交界的部位，此处最容易发生骨折，尤以成年人多见。

##### （二）病因病理

桡骨远端骨折多为间接暴力造成。跌倒时手掌或手背着地，地面的反作用力由手掌或手背上传；而身体的重量则由上臂向下，二者相互撞击，作用于桡骨远端，使之骨折。20 岁以下的患者，由于骨骺尚未愈合，损伤后常致骨骺分离。有时也可由直接暴力所致，如汽车摇柄直接打击桡骨下端，发生骨折，多呈粉碎型，现较少见。

（三）分型 由于受伤时患者的体位不同，以及暴力大小不一，造成骨折的情况也不同，可分为伸直型和屈曲型两种。

##### 1 伸直型（colles`骨折）

由于跌倒时患者手掌先着地，腕关节处于背伸位跌倒，骨折多为横断、粉碎。老年人往往有纵形骨折线进入关节内。暴力小时骨折多呈嵌插且无移位；暴力大时则造成骨折远端向背侧及桡侧移位，桡骨下端关节面向背侧倾斜，掌倾角或尺倾角变小或成负值。严重者可合并尺骨茎突骨折或下尺桡关节脱位。

##### 2 屈曲型（smith 骨折）

较少见。发生的原因及骨折移位与伸直型相反，又称反克力氏骨折。是由于患者跌倒时手背着地，腕关节急骤掌屈所致，骨折远端向桡掌侧移位。

##### （四）诊断要点

1 症状：伤后腕关节肿胀、疼痛、功能障碍，骨折无移位或不完全骨折时，肿胀疼痛均较轻。

2 体征：桡骨远端向桡背侧移位时，可见“餐叉”样畸形[如图]。桡骨远端有环状压痛和纵轴叩击痛，并可触及骨擦音和异常活动，腕关节活动障碍。

3 X 线检查：拍摄腕关节 X 线正、侧位片可明确骨折类型和骨折移位方向。

（五）治疗方法：对于无移位的骨折，仅用夹板固定 3~5 周即可；对于有移位的骨折，则须手法整复。

## 1 整复方法

(1) 伸直型骨折：患者取坐位或平卧位，肩外展，肘关节屈曲 90°，前臂中立位，一助手握住肘部，术者两拇指并列置于骨折远端背侧，其他四指置于腕部，扣紧大小鱼际，先顺势拔伸 2 分钟~3 分钟，待重叠移位完全矫正后，迅速尺偏并掌屈，使之复位，这时，可检查到桡骨茎突比尺骨茎突长，但比尺骨茎突低。

骨折复位后，术者一手托住腕部，另一手拇指沿伸、屈肌腱由远端向近端推按，梳理肌腱，使之恢复到正常位置。

(2) 屈曲型骨折：手法整复方法与伸直型相反。

## 2 固定器材

小夹板四块、布带四根、脱脂棉、纸压垫二块。

## 3 固定方法

(1) 伸直型骨折：

先在肢体上放置一层棉垫，然后在骨折远端背侧和近端掌侧分别置一平垫，再依次放上夹板，夹板上端达前臂中、上 1/3，桡背侧夹板下端应超过腕关节，以限制手腕的桡偏和背伸活动；夹板排列均匀。板间距以 1-1.5cm 为宜。板的两端勿超过棉垫，骨折线最好位于夹板的中央，由助手扶持夹板，术者依次捆扎三条系带，两端扎带距板端 1-1.5cm 为宜，防止滑脱。最后将前臂悬挂胸前，保持固定 4 周~5 周。并定期作 X 线复查。

(2) 屈曲型骨折：

先在肢体上放置一层棉垫，然在远端的掌侧和近端的背侧各放一平垫，桡、掌侧夹板下端应超过腕关节，限制桡偏和掌屈活动。夹板排列均匀，板间距以 1-1.5cm 为宜。板的两端勿超过棉垫，骨折线最好位于夹板的中央，由助手扶持夹板，术者依次捆扎三条系带，两端扎带距板端 1-1.5cm 为宜，防止滑脱。最后将前臂悬挂胸前，保持固定 4 周~5 周。并定期作 X 线复查。